

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 9

SUR UN CAS
DE
MONSTRE HUMAIN
CŒLOSOMIEN CYLLOSOME

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CATTIN

Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

né à ALBY-SUR-CHÉРАН (Haute-Savoie) le 24 Octobre 1890



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

SUR UN CAS DE MONSTRÉ HUMAIN
CÆLOSOMIEN CYLLOSOME

SUR UN CAS
DE
MONSTRE HUMAIN
CŒLOSOMIEN CYLLOSOME

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CATTIN

Ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Ancien interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

né à ALBY-SUR-CHÉLAN (Haute-Savoie) le 24 Octobre 1890



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD,
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE,
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PIVIOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÄVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LATARJET, président; RHENTER, assesseur;
SANTY et A. CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLLARD

Médecin Honoraire des Hôpitaux de Lyon

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

LYON

MM. MOLLARD, DURAND et DESGOUTTES

SAINT-ETIENNE

MM. MULLER, GONNET, BEUTTER,

DUJOL et VIANNAY.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. COLLIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy

A MON JURY

SUR UN CAS DE MONSTRÉ HUMAIN CCELOSOMIEN CYLLOSOME

INTRODUCTION

Au cours d'un semestre d'internat passé à la Maternité des Hôpitaux de Saint-Etienne, sous la direction du Docteur Dujol, que nous tenons à remercier ici, il nous a été donné d'observer un fœtus monstrueux du genre cyllosome. La rareté du fait et l'importance des malformations nous ont semblé motiver une étude anatomique, qui sera la partie principale de notre travail. Nous y adjoindrons plusieurs observations analogues, ainsi que l'étude de quelques points particuliers présentés par ce cas, au point de vue obstétrical.

Le côté pathogénique de la question sera laissé délibérément de côté, malgré tout l'intérêt qu'il présenterait, notre but étant de relater simplement une étude anatomique.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I

(D^r DUJOL, *accoucheur des Hôpitaux*,
et CATTIN, *interne*)

Mme B... Jeanne, 22 ans, ménagère, est envoyée à l'hôpital, le 22 janvier 1923, par le Docteur Dujol, pour « hydorrhée au cours d'une première grossesse de sept mois et demi. »

Antécédents : Le père est vivant, en bonne santé ; la mère est morte de diabète. Un frère mort-né, un frère et une sœur bien portants.

Personnellement, la malade a eu des convulsions dans l'enfance, et la grippe, en 1918. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement ; se marie en avril 1922 ; les dernières règles ont eu lieu du 25 au 29 mai 1922.

Elle dit avoir eu de l'albumine, mais un examen, pratiqué en octobre 1922, n'en montre plus.

Depuis la nuit du 21 janvier, il existe une hydorrhée assez abondante de liquide jaunâtre, non sangui-nolente, apparue sans cause nette. Dans l'après-midi du 22, la malade consulte le Docteur Dujol ; il pratique un examen qui ne montre rien de particulier et il l'adresse à l'hôpital.

A l'entrée, le 22 janvier, vers 18 h. 30, l'hydropnée persiste avec les mêmes caractères ; rien à signaler au point de vue général, que quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

Hauteur utérine : 26 cm.

La présentation au palper est douteuse, les bruits du cœur sont bien perçus à droite, l'utérus est un peu dévié à droite. Le toucher montre un col fermé, long, non perméable et une partie fœtale élevée et peu caractéristique. Les culs-de-sac sont normaux ; le promontoire n'est pas atteint.

Le 23, on note (Docteur Dujol) : La malade a fait les eaux dans la nuit du 21 au 22 ; depuis ce moment, elle continue à perdre de l'eau par gorgées, sans aucune douleur. Dans la nuit du 22 au 23 janvier, vers 4 heures du matin, les douleurs commencent.

Vers 8 h. 30, on voit apparaître à la vulve une anse rougeâtre, d'abord prise pour du cordon et identifiée par la suite pour une anse grêle intestinale fœtale. Il n'existe pas de membrane sur ces anses.

Successivement, on voit apparaître des anses grêles avec leur mésentère, l'appendice et le cœcum, puis l'estomac (11 heures). A ce moment, on pratique une injection de 1 cm³ de pituitrine Choay.

Derrière l'estomac, on voit apparaître un pied, que l'on saisit et que l'on reconnaît être le pied gauche. A 11 h. 35, apparaît la base d'implantation de la tumeur, qui se rattache au côté droit de l'abdomen. On éprouve des difficultés pour le dégagement du foie (11 h. 40).



La main gauche apparaît (11 h. 45), puis la main droite. Il n'existe pas de membre inférieur droit.

La manœuvre de Mauriceau est rendue difficile par la dilatation insuffisante du col ; cependant, on exerce une traction continue sur les épaules, et la tête est expulsée à 12 heures.

Poids de l'enfant : 2.300 grammes. Cordon, longueur : 40 %.

Suites de couches normales ; la température atteint 38°,2 une fois, le quatrième jour.

Le 31 janvier 1923 : Wassermann = H^s ;

Hecht = H^s. (Docteur Laurent.)

Examen du Monstre

Il n'existe pas de malformations craniennes ni faciales, ni thoraciques, mais une volumineuse éven-tration latérale : elle commence en arrière, à 2 % de l'anus, remonte obliquement vers l'extrémité des côtes droites, suit ce rebord costal et se dirige obliquement vers la région pubienne. Par cet orifice, sortent tous les viscères abdominaux. Les viscères thoraciques sont en place et on les aperçoit par transparence. Il n'y a pas de membre inférieur droit, le membre inférieur gauche est normal, jusqu'au pied, où on trouve un pied bot talus valgus.

Il n'y a pas de malformation aux membres supérieurs.

Ce monstre se range donc, d'après ses caractères extérieurs, dans la famille des cœlosomiens, c'est-à-dire ceux dont le caractère commun est l'éventration. Dans ce cas, il s'agit du genre des cyllosomes (éventration latérale avec absence ou développement incomplet du membre inférieur correspondant à l'éventration).

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, dans son *Traité de Tératologie* (tome I, page 274), décrit ainsi ces monstres :

« Ces monstres (les cyllosomes) se distinguent en
« effet essentiellement de tous les autres cœlosomiens
« en ce que l'éventration, toujours latérale chez eux,
« n'agit que faiblement sur l'un des membres, mais
« exerce sur l'autre une influence si puissante qu'elle
« en détermine non seulement la conformation vicieuse,
« mais même l'atrophie complète ou presque
« complète. Un cyllosome, par son corps que termine
« inférieurement un seul membre, offre donc une
« analogie manifeste avec un ectromèle affecté seulement
« d'ectromélie uniabdominale, analogie que je
« dois signaler ici comme établissant un lien assez
« intime entre le groupe des monstres cœlosomiens et
« la famille des ectroméliens. Dans la cyllosomie, le
« membre pelvien du côté opposé à l'éventration
« n'est pas lui-même exempt d'anomalie. Il est, pour
« le moins, un peu cagneux, et il s'est trouvé dans un
« cas très mal conformé et tellement retourné que
« le pied, d'ailleurs renversé sur lui-même, atteignait
« presque l'épaule.

« Les organes génitaux et urinaires sont aussi ordinairement mal conformés ou même incomplets.

« L'anüs est, comme dans les genres précédents, ramené plus ou moins en avant et quelquefois entraîné de côté par la masse des viscères déplacés.

« Les circonstances de la naissance et le degré de viabilité des uns et des autres paraissent d'ailleurs ne pas différer.

« La plus grande fréquence du sexe féminin est mise hors de doute par les diverses observations que possède la Science, aussi bien pour les cylosomes que pour les genres précédents. Enfin, je ne connais non plus aucun exemple de cylosomie parmi les animaux. »

On voit donc, en comparant la définition de Geoffroy Saint-Hilaire et la description du monstre observé, que celui-ci rentre exactement dans le cadre de la famille des cœlosomiens et dans le genre des cylosomes.





CHAPITRE II

Mensurations.

N. B. — *Les mensurations prises l'ont été sur un fœtus ayant fait un séjour prolongé dans de l'eau formolée.*

1° *Longueur totale* 45 %_m

2° *Circonférence thoracique* 27 %_m

3° *Tête :*

a) *Diamètres : sincipito-mentonnier* 11 %_m 5

occipito-frontal 10 %_m 5

sous-occipito bregmat 9 %_m 1

bi-pariétal 8 %_m 8

bi-temporal 7 %_m 6

b) *Circonférences: occipito-frontale.* 32 %_m

sous-occipito bregmat 30 %_m 1

c) *Hauteur de la tête : vertex-sous*

menton 13 %_m

4° *Bras :*

Olécrane-apophyse coracoïde : D. 8; G. 8 %_m

Olécrane-apophyse styloïde du radius

D. 8; G. 7 %_m 5

5° *Tronc :*

Coccyx-ligne des deux épaules..... 11 %_m

Epine iliaque gauche-ligne des deux

épaules 6 %_m

6° *Jambe gauche :*

Epine iliaque-rotule 8 %_m 5

Rotule-calcanéum 9 %_m

I. — *La tête* est normale, mais le tronc paraît — en fait il l'est — raccourci, tassé sur lui-même, et beaucoup trop court par rapport au reste du corps. Cela tient à l'absence de la colonne lombaire, comme nous le montreront et la radiographie et la dissection.

Weill (*Précis de Méd. Infant.*, 1911, Tome I, p. 29 à 31) indique, pour un enfant normal : « le nouveau-né a quatre têtes en hauteur et une tête et demie pour les membres inférieurs ». Dans ce cas-ci, on voit que les proportions sont changées.

II. — *La peau* est normale d'aspect, partout où elle existe, sauf au pourtour de l'éventration; là, et surtout à la face postérieure, elle prend une teinte violacée, sur une largeur de 1 centimètre 1/2. Puis elle s'amincit et disparaît, pour être remplacée par le péritoine. Dans la partie inférieure de la région dorsale, on trouve à la dissection, au niveau d'un *spina*

bifida occulta, et complètement incluses dans le derme, deux masses cartilagineuses, dont l'une est arrondie, du volume d'une petite noisette; l'autre, allongée, a 2 $\frac{1}{m}$ de long sur 5 $\frac{1}{m}$ de large.

Leur interprétation est difficile : peut-être faut-il rapprocher ces masses de celles de Volcker (Dénucé, p. 457), qui vit que « la fissure du spina était obstruée par une pièce osseuse assez volumineuse pour ressembler à un corps vertébral; cette pièce osseuse devait être la conséquence d'une ossification irrégulière de la membrana reuniens supérieur ». Mais, dans notre cas, ces pièces — restées cartilagineuses — sont nettement dans l'épaisseur du derme et n'obturent pas le spina; elles sont seulement à son niveau supérieur.

III. — *Membranes*. En avant, on retrouve des membranes sur tout l'orifice supérieur de l'éventration, depuis le pubis jusqu'à l'extrémité des côtes droites, sur la ligne axillaire. En arrière, la limite de la peau est nette, il n'y a que de petits lambeaux de membranes. A la naissance, le sac membraneux était déchiré de cette façon; rien ne recouvrait la masse intestinale qui se présentait ainsi découverte à la vulve.

IV. — *Le cordon ombilical*, long de 40 $\frac{1}{m}$ est normal; à la coupe, on trouve au centre une grosse veine et à la périphérie une seule artère. L'existence fréquente d'une seule artère est notée par Schwalbe (page 51), après de nombreux autres auteurs.

Le cordon se rattache au corps à 1 $\frac{1}{2}$ m 5 à gauche de la ligne médiane, sur le rebord costal gauche. Là, les vaisseaux divergent : l'artère suit le rebord costal et disparaît sous lui à 2 $\frac{1}{2}$ m plus loin; nous la décrivons en étudiant le système vasculaire. La veine se dirige en sens opposé, pénètre sous le péritoine qu'elle soulève et dont elle est presque entourée, se coude une fois et pénètre dans le foie au niveau de son lobe gauche, à sa face postérieure.

V. — *Le membre inférieur gauche*, seul, existe. Il est en flexion à angle droit sur le thorax, et en rotation externe. La cuisse et la jambe sont normales, et à angle droit l'une par rapport à l'autre. Par contre, il y a un pied bot, talus valgus, la pointe du pied complètement retournée en dehors et en arrière. Il y a bien 5 doigts, mais le 1, le 2 et le 3 sont incomplètement séparés, et leurs extrémités sont en contact. Les ongles n'existent pas sur ces trois premiers doigts.

VI. — *Les membres supérieurs* sont normaux, sans fracture; les mains sont normales, de même que les ongles des doigts.

VII. — *Radiographie*. Le squelette des membres supérieurs est normal. La colonne cervicale présente ses sept vertèbres. La colonne dorsale a onze disques vertébraux avec onze côtes de chaque côté. On remarquera du côté droit une courbure de côte différente de celle du côté gauche; nous y reviendrons au paragraphe « Dissection ».

Pas de spina bifida visible. Dans son ensemble, la colonne cervico-dorsale décrit une courbe à concavité dirigée à droite.

La colonne lombaire manque complètement; le massif sacro-coccygien — semblant formé de quatre pièces — et indépendant du point iliaque, est dirigé du côté gauche; il forme un coude assez brusque avec la colonne dorsale. A droite, on ne voit pas de point coxal. A gauche, on trouve un point volumineux représentant la crête iliaque, et un deuxième allongé dans l'axe du corps à la place de l'ischion.

Le fémur, le tibia et le péroné sont normaux. Quant au pied, on n'y voit qu'une masse sombre dans laquelle on ne peut rien distinguer, à cause de la déformation provoquée par le pied bot. Pas de squelette de la jambe droite.

Dissection.

(faite dans le Laboratoire d'Anatomie
de la Faculté de Médecine)

I. — Le cou et les membres supérieurs sont normaux.

II. — *Thorax*. La peau et la masse des muscles pectoraux, enlevées, on voit que la cage thoracique est déformée: elle a une forme générale « en entonnoir », la région des dernières côtes est très élargie; en même

temps, celles-ci, et surtout celles du côté droit, ont subi un écartement de leur extrémité libre, si bien que cette dernière se trouve au niveau de l'appendice xyphoïde. Mais les côtes ne suivent pas un trajet horizontal, elles se dirigent d'abord vers la partie supérieure du thorax, et se coudent pour reprendre le trajet horizontal. Ce fait, déjà sensible à droite, est très marqué à gauche. Ce trajet horizontal et cet élargissement de l'orifice intérieur du thorax semblent dûs à la pression causée par : à droite, la présence du foie volumineux; à gauche, par le contact avec la crête iliaque et la masse rein-capsule surrénale. Le tout est causé par l'absence de colonne lombaire, ce qui raccourcit singulièrement la cavité abdominale. De plus, le thorax présente un aplatissement dans le sens transversal, ce qui fait que le sternum est très saillant en avant.

A l'ouverture, on aperçoit d'abord un *thymus* volumineux occupant toute la région sus-cardiaque. Poids, 3 gr. 5.

Les *plèvres* sont normales et se laissent bien décoller du thorax. Les *poumons* sont petits, accolés au péricarde, rétractés. Ils surnagent peu quand on les plonge dans l'eau. Poids : les deux poumons réunis, 15 gr.

Le poumon *droit* est celui qui a suivi le plus la déformation thoracique, il est aplati de droite à gauche; seule la base est très élargie. Il présente à sa face externe, à partir du quart supérieur, une incisure qui se subdivise en deux, la première suivant un trajet horizontal, la deuxième coupant oblique-

ment la face externe pour aboutir à son angle inférieur et interne.

Le poumon *gauche* a une forme presque quadrilatère; à la face externe, il y a une seule incisure; elle part de l'angle supéro-externe, pour venir, en suivant un trajet sinueux, se terminer à la partie moyenne du bord inférieur.

La face diaphragmatique présente une concavité très forte, due à la pression exercée par la masse rein-capsule-surrénale. Sur la surface des deux poumons, qui ont une coloration rougeâtre, on ne distingue pas le tracé des lobules. Les vaisseaux pulmonaires sont normaux.

L'étude du cœur sera faite avec celle du système vasculaire.

III. — *Diaphragme*. A sa face supérieure il adhère, mais normalement, aux plèvres et au péricarde. A sa face inférieure, le péritoine adhère plus fortement, si bien qu'on ne peut l'enlever qu'en le déchirant. Sur toute sa surface, il est impossible d'apercevoir un seul faisceau musculaire : il est complètement membraneux, si bien que, à la naissance, il laissait voir les organes thoraciques par transparence.

Du côté droit, il est beaucoup plus large que normalement, car il s'insère, en avant et en allant de droite à gauche sur la dernière côte très déviée. De là, il passe sur le bord inférieur du rebord costal droit, sur l'appendice xyphoïde, sur le rebord costal gauche, et se termine sur le pubis. La ligne d'insertion postérieure est la suivante : elle suit la dernière côte

droite jusqu'à la colonne, au niveau de la neuvième dorsale, laisse un passage commun à l'œsophage et à l'aorte. De là, elle passe sur la dernière côte gauche pendant la première moitié de sa longueur, la quitte, et vient s'insérer sur la crête iliaque; elle arrive ainsi au pubis où nous retrouvons sa ligne d'insertion antérieure.

IV. — *Tube digestif et annexes.* Le pharynx, l'œsophage thoracique sont normaux et présentent leurs rapports habituels. L'œsophage traverse le diaphragme en compagnie de l'aorte par un orifice limité par une bandelette un peu plus épaisse que le reste du diaphragme. Cet orifice est situé au niveau de la neuvième dorsale.

Le cardia est normal.

L'estomac a effectué sa rotation, le pylore se trouve fixé à droite de la colonne, vers la partie inférieure de la neuvième dorsale. Il n'y a pas de grand épiploon. L'arrière-cavité des épiploons est peu profonde. L'épiploon gastro-splénique existe, contenant des vaisseaux venus de la grande courbure:

Le duodénum est rectiligne. Le jéjunum a des anses régulières comme diamètre, mais dilatées par le mœconium. Il n'y a pas d'adhérences, ni de brides entre les anses grêles qui, au moment de la naissance, n'étaient pas recouvertes par une membrane. Nous avons vu plus haut que ce furent les anses grêles qui se présentèrent premières à la vulve. L'abouchement du grêle dans le colon se fait par un orifice normal de 3 mm environ. Le cœcum présente un appendice

long de 2 %_m « en érection ». Le grêle a 20 %_m de long.

Le *gros intestin* est recouvert en partie par les anses grêles; il a une forme et une situation anormales. Il forme bien le cadre colique, mais en sens inverse du système normal, la concavité étant en haut. Le cœcum est descendant et le reste, très dilaté par le mœconium, entoure l'extrémité inférieure de la colonne dorsale, si bien que presque tout le gros intestin pend librement.

A partir du cœcum, le côlon suit un tاجet court et horizontal pour arriver à l'extrémité inférieure de la colonne à laquelle il est solidement fixé par une zone d'adhérences fibreuses et blanches de 3 %_m de long sur 1 %_m de large. A ce niveau, le côlon se coude brusquement, descend sur 5 %_m environ et remonte, en décrivant une courbe, en oméga, dans la direction du pôle inférieur de la vessie.

Tout le côlon est dilaté, rempli par une quantité abondante de mœconium, qui existe aussi dans le grêle, mais en quantité moindre. La masse intestinale débarrassée du mésentère et du mœconium pèse 125 gr. Le côlon a 17 %_m de longueur.

L'*anus* existe, mais il est imperforé. Si on sectionne le côlon à 1 %_m de sa terminaison, on voit qu'il se termine en cœcum; la muqueuse normale présente de nombreux plis qui convergent vers le fond.

Le mésentère est inséré sur la face antérieure de la colonne, sur 2 %_m seulement; il est long de 10 %_m environ et laisse pendre librement le grêle, dont la der-

nière anse arrive au niveau du bord inférieur du côlon.

Si on enlève le feuillet gauche du mésentère, on arrive sur la zone d'insertion qui est formée par du tissu très dense, presque fibreux.

L'estomac reçoit des vaisseaux de l'aorte qui fournit :

1° Une petite artère se rendant au cardia;

2° La coronaire et la gastro-duodénale venues en même temps que l'hépatique, du tronc cœliaque, né d'un tronc commun avec la mésentérique supérieure.

L'intestin grêle reçoit la mésentérique supérieure; le gros intestin reçoit une seule artère née de l'aorte à la partie inférieure de la colonne et qui aborde le côlon presque à sa terminaison.

Le foie: volumineux (10 $\frac{1}{2}$ m de long) est allongé de droite à gauche, et son bord gauche touche le cordon. La délimitation entre le lobe gauche, qui mesure le $\frac{1}{5}$ environ de la longueur totale, n'est visible que sur la face supérieure seulement. A sa face inférieure, on trouve un lobule de Spiegel volumineux.

Le hile est normal; la vésicule, complètement vide, est en situation normale.

L'insertion du péritoine sur la face supérieure se fait très en arrière, ce qui fait que le foie peut être déplacé facilement en avant et en bas, et l'on peut voir presque tout le diaphragme droit. A la face postérieure, on voit une encoche où passe la veine cave inférieure, encoche transformée en canal complet par une bandelette fibreuse. Poids, 65 gr.

La rate est petite (5 gr.); elle se trouve en avant et

à gauche de l'estomac, en dehors de la cavité abdominale. Le péritoine qui la recouvre est très blanc, épaissi.

Il n'y a pas d'artère splénique, mais des vaisseaux venus de la grande courbure par l'épiploon gastro-splénique.

Le pancréas n'a pas été trouvé.

La *paroi abdominale* droite manque complètement. A gauche, sous une peau normale, on trouve une masse fibreuse, divisée par un interstice, en un plan antérieur et un plan postérieur, représentant la paroi musculaire. Cette masse a les mêmes insertions que la paroi normale.

La masse intestinale enlevée, on se trouve en présence d'une cavité abdominale largement ouverte en avant et à droite ; elle est délimitée par le côté droit de la colonne, le bord inférieur de la dernière côte droite, celui de la côte gauche, la paroi abdominale gauche, la région pubienne gauche, le massif sacro-coccygien et l'extrémité inférieure de la colonne dorsale, renflée en massue. Sur le pourtour de cette ouverture, on trouve en avant des membranes complètes, sur 4 % de large ; en arrière, on n'en trouve que des fragments.

Cette vaste ouverture mesure :

- | | |
|--|-----|
| 1° Du pubis g. au rebord infér. costal g. | 4 % |
| 2° Du pubis g. à épine iliaque supér. gauche.. | 4 % |
| 3° Du pubis g. à appendice xyphoïde | 8 % |
| 4° Du pubis au fond de l'aisselle gauche | 9 % |
| 5° Du pubis g. à extrêm. de la dern. côte droite | 9 % |

V. — *Système vasculaire.* Le cœur occupe une situation normale. Le péricarde adhère normalement aux organes voisins. Le péricarde enlevé, le cœur isolé présente une forme générale arrondie ; on voit nettement les artères coronaires. Les oreillettes et les ventricules sont normaux, avec des parois très épaisses par rapport aux diamètres des cavités. Il existe un trou de Botal largement ouvert : 2 $\frac{m}{m}$ sur 2. Le canal artériel est de grand volume.

L'aorte présente des valvules sigmoïdes normales. La crosse est normale ; sa convexité donne un tronc brachio-céphalique droit, une carotide primitive gauche et une sous-clavière gauche. Les vaisseaux pulmonaires sont normaux. L'aorte descend le long du bord gauche de la colonne. Elle traverse le diaphragme par un orifice commun avec l'œsophage, sans piliers, puisque le diaphragme est membraneux. Arrivée à l'abdomen, l'aorte donne une très petite diaphragmatique et une capsulaire gauche, pendant un trajet de 2 $\frac{m}{m}$ environ. Puis elle donne à droite un gros tronc, d'où naissent le tronc coélique et la mésentérique.

Au niveau de la bifurcation et sur son côté gauche naît la rénale gauche, qui passe sous la capsule surrénale. L'aorte oblique ensuite en perdant le contact de la colonne, se dirige obliquement vers le pubis gauche. Pendant ce trajet, long de 4 $\frac{m}{m}$, elle ne donne pas de vaisseaux sur son côté gauche.

Sur son côté droit, naissent dans l'ordre :

1^o. Une petite artère passant devant la colonne et

qui semble être l'iliaque primitive droite ; mais on ne peut la suivre bien loin.

2° L'artère qui se rend au côlon, près de sa terminaison.

3° La sacrée.

4° L'iliaque interne gauche.

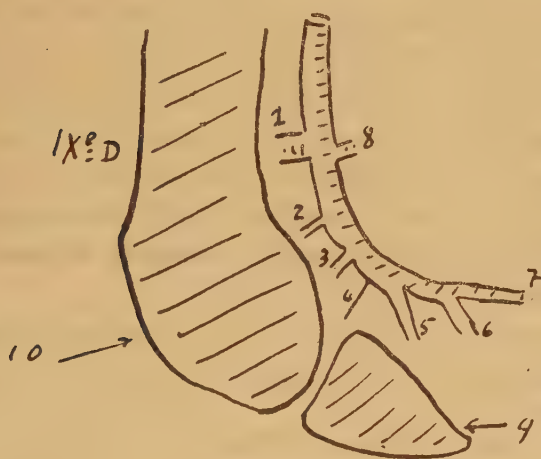


Fig. I. — Terminaison de l'aorte.

1. Tronc commun à la mésentérique et au tronc cœliaque. - 2. Iliacque droite. - 3. Colique. - 4. Sacrée. - 5. Iliacque interne gauche. - 6. Om-bilicale. - 7. Iliacque externe gauche. - 8. Rénale gauche. - 9. Sacrum. - 10. Terminaison de la colonne dorsale.

5° Enfin, l'ombilicale, aussi volumineuse que l'iliaque externe, qui continue le trajet oblique de l'aorte vers la cuisse.

A partir de la naissance de l'iliaque externe, les vaisseaux du membre inférieur gauche sont normaux.

Veines. Les veines du membre inférieur gauche sont normales. Voici comment se forme la veine cave inférieure : A gauche de la colonne, au même niveau que la bifurcation artérielle iliaque externe-ombilicale, et en arrière d'elle, se fait l'abouchement des veines iliaque externe, iliaque interne, et veines rénales gauches. Puis cette veine iliaque primitive croise la face antérieure de la colonne, reçoit cinq ou six petits troncs veineux, venus de ce qui représente la région lombaire droite, puis la surrénale droite. Ainsi formée, la veine cave inférieure longe le côté droit de la colonne et à partir de là, présente ses rapports normaux avec le foie (mais le rein droit n'existe pas, comme nous le verrons). Elle traverse le diaphragme par un orifice spécial, puis le péricarde, et aboutit à l'oreillette.

La veine cave supérieure et ses affluents sont normaux. La veine porte n'a pu être suivie.

VI. — *Organes génito-urinaires.*

1° Le *rein droit* n'existe pas; on ne trouve qu'une capsule surrénale aplatie d'avant en arrière, appliquée contre le bord droit de la colonne et sur ce qui représente la région lombaire droite.

2° Le *rein gauche*, volumineux, de forme arrondie, est placé, en compagnie de la capsule surrénale gauche, sous la coupole diaphragmatique gauche. Rein et capsule sont étroitement accolés, mais séparés par un espace cellulaire qui se clive facilement et dans la partie inférieure duquel se trouvent les vaisseaux rénaux.

3° Du pôle inférieur du rein gauche part l'uretère, long de 3 $\frac{1}{2}$ m 5 environ, qui se coude à angle droit pour aboutir à la vessie. Il a un diamètre de 1 $\frac{1}{2}$ m 5 depuis le rein jusqu'à la vessie ; mais il n'existe pas de méat urétéral dans la vessie.

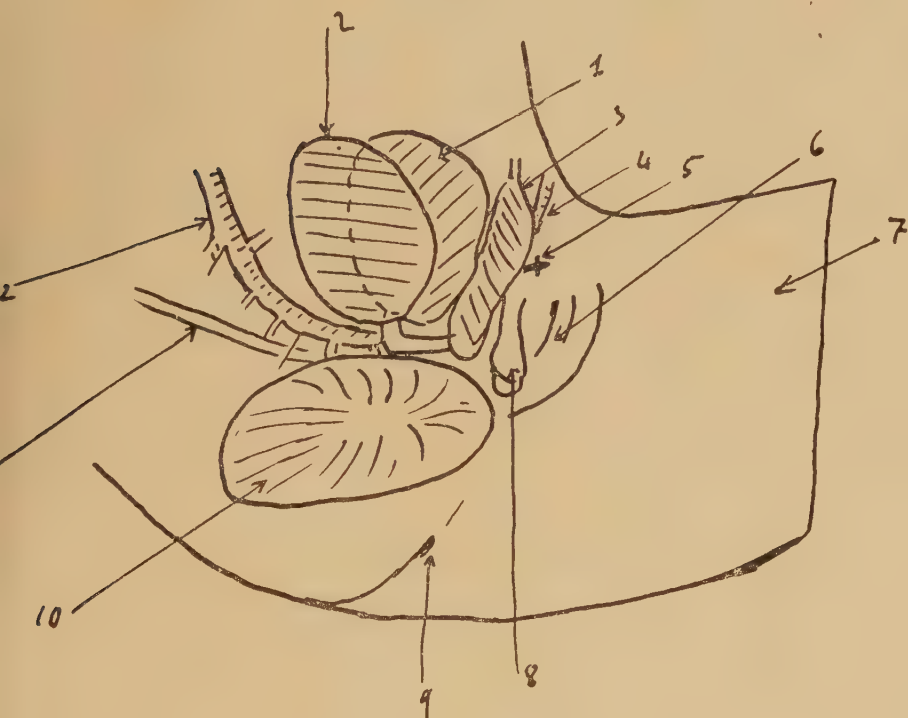


Fig. II. — Région rénale gauche.

Rein gauche. — 2. Surrénale gauche. — 3. Vessie. — 4. Artère ombilicale. — Pubis. — 6. Scrotum. — 7, Face interne de la cuisse gauche. — 8. Verge. — Anus. — 10. Terminaison du gros intestin, coupé 1 cm. avant sa terminaison. — Veine illiaque. — 12. Aorte.

4° La *vessie* est aplatie de droite à gauche; elle se trouve située entre la face gauche du rein et le pubis. A sa partie supérieure, l'ouraque est normal. La paroi vésicale est épaisse, dure, et se trouve imperforée, tant du côté urétéral que du côté urétral.

5° La vessie se trouve séparée de la terminaison du gros intestin par un bloc périnéal extrêmement fibreux, où il est complètement impossible de reconnaître des fibres musculaires.

6° Les *organes génitaux externes* sont représentés par un rudiment de verge, de couleur violacée, accolée à la peau par sa face postérieure. Le gland existe, mais il n'y a pas de méat.

En dehors et à gauche de la verge, on trouve la région scrotale, également de couleur violacée, parcourue par deux plis parallèles à la verge. On ne sent pas au doigt et on ne trouve pas, à la dissection, de testicule dans le scrotum.

VII. — *Colonne vertébrale*. La masse viscérale enlevée, on aperçoit la colonne, qui décrit dans son ensemble une courbe de grand rayon, à concavité tournée à droite.

Les neuf premiers corps vertébraux dorsaux sont normaux ; le dixième est beaucoup moins épais que les précédents. Puis la colonne se termine en se renflant en massue, dont l'extrémité est située un peu à gauche de la ligne médiane, à 4 m du pubis. Dans cette masse, il est impossible de distinguer le nombre de vertèbres vraiment existantes. A la suite de ce ren-

flement, et formant un angle de 120° environ, se trouve le massif sacré, dont l'extrémité arrive à 2 m environ du pubis.

C'est dans cet espace de 4 m , situé entre l'extrémité de la colonne et le pubis, et en avant du sacrum, que se logent la terminaison de l'aorte avec ses branches, la veine iliaque, le pôle inférieur du rein gauche, l'uretère et la terminaison du gros intestin.

VIII. — A la partie postérieure du thorax, les muscles dorsaux ont des insertions inférieures anormales, provoquées par la présence d'un spina bifida que rien ne permettait de soupçonner, ni à l'examen de la peau, ni à la radiographie.

Les deux trapèzes, le grand dorsal droit s'insèrent en bas sur l'arc supérieur de l'orifice du spina bifida situé au niveau de la neuvième dorsale.

A gauche, on trouve une masse musculaire lombaire normale, quoique courte (il y a peu d'espace entre la dernière côte et la crête iliaque). Plus en dehors, se trouve une masse, fibreuse celle-là, représentant la paroi abdominale gauche.

A droite, il n'existe ni masse lombaire, ni paroi abdominale ; la limite peau-péritoine se trouve à 2 m 5 de la ligne médiane postérieure, à la hauteur de l'orifice du spina-bifida.

La partie postérieure de la colonne dorsale, dégagées des masses musculaires, ne montre rien d'anormal dans sa partie supérieure.

Mais, à la neuvième dorsale, on trouve un spina-bifida étendu, coupé par une lame osseuse, s'étendant d'un bord à l'autre de la colonne et haute de 2 $\frac{m}{m}$. L'orifice supérieur est circulaire, limité par un rebord osseux arrondi, mousse ; à travers cet orifice, on voit la face postérieure de la dure-mère. Sur cette dure-mère et adhérant fortement à elle, il existe une masse qui s'effile un peu pour passer par l'orifice du spina-bifida ; elle s'élargit de nouveau à sa sortie et vient se perdre à la face profonde du derme de la peau du dos. Cette masse est pleine, sans communication avec les espaces sous-dure-mériens. Il faut rapprocher ce cas de celui de Wolcker, cité par Denucé (Spina-bifida, Paris, 1906), « Un cordon pénètre venant de l'extérieur et allant jusque sur la dure-mère ». (Denucé, page 457.)

Après la lamelle osseuse qui sépare en deux le spina-bifida, le canal rachidien s'ouvre de nouveau, et beaucoup plus largement cette fois, sur 1 $\frac{m}{m}$ de longueur ; cette ouverture se poursuit sur le canal sacré. Pour recouvrir ce canal, il n'existe que la peau qui adhère par de nombreux tractus à la partie postérieure de la gaine dure-mérienne.

Le sacrum a subi un déplacement en masse, suivant deux directions : d'abord, il forme un angle de 120° avec la partie inférieure de la colonne dorsale, puis la partie postérieure du sacrum regarde en arrière et à droite.

Le sacrum, la moelle étant enlevée, est formé de quatre pièces ; la face postérieure est largement ouverte ; le bord droit est très aminci, lisse, tandis que

le bord gauche est volumineux. De plus, le bord gauche n'est pas articulé avec l'os iliaque avec lequel il est seulement uni par un trousseau fibreux.

Le canal rachidien se continue directement avec le demi-canal sacré ; il existe, entre la terminaison du premier et le début du second, un intervalle de 2 $\frac{m}{m}$, fermé en avant seulement.

IX. — La *moelle* dorsale est normale ; les racines ont une inclinaison normale à la sortie de la dure-mère, pour se rendre à leur trou de conjugaison.

La dure-mère est également normale, jusqu'à l'orifice du spina-bifida. Là, nous avons vu qu'il existait un trousseau fibreux reliant la surface extérieure de la dure-mère à la peau.

Rappelons qu'au niveau du spina-bifida on trouve, dans l'épaisseur des couches profondes de la peau, deux masses cartilagineuses dont l'interprétation est difficile.

A partir du spina-bifida et jusqu'à sa terminaison, la dure-mère adhère sur son côté droit et sa face postérieure, d'abord à la paroi du canal rachidien, puis à la face profonde de la peau, par de nombreux petits tractus, séparés par du tissu cellulo-graisseux. Dans tout ce tissu peu dense, on ne distingue pas de racines sur tout le côté droit à partir du spina. A moins toutefois que ces tractus ne représentent les racines, mais des coupes histologiques ne furent pas pratiquées.

A gauche, la gaine dure-mérienne est très peu adhérente, sauf à la limite du canal dorsal et du canal sacré, sur 2 ou 3 $\frac{m}{m}$ de longueur.

La dure-mère enlevée, les racines sacrées, au nombre de quatre, sont réunies en un seul faisceau, séparées par 1 $\frac{m}{m}$ à leur origine et semblent sortir par un orifice distinct pour chacune, mais ces orifices sont très rapprochés les uns des autres.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS

Nous avons vu, au cours de la dissection du monstre faisant l'objet de ce travail, qu'il présentait d'abord les malformations caractéristiques des Cœlosomiens Cyllosomes, éventration latérale avec absence du membre inférieur du côté de l'éventration, avec absence de rein droit, malformation de la vessie et de l'extrémité rectale de l'intestin. En second lieu, il présentait une absence complète de colonne lombaire. C'est donc suivant cet ordre que nous présenterons quelques observations analogues, d'abord celles qui se rapportent aux Cœlosomiens, puis celles qui ont trait aux malformations vertébrales.

Si nous ne donnons pas au complet toutes celles que nous avons pu recueillir dans nos recherches bibliographiques, c'est que la plupart ont paru dans des publications étrangères que nous n'avons pu nous procurer. Pour celles-ci, nous signalerons simplement l'indication bibliographique.

1. — Malformations de Cœlosomiens Cyllosomes.

HERHOLDT (Observ. n° 5 de)

OBSERVATION II

La mère, une fille-mère, de 24 à 25 ans, femme de chambre. était bien constituée, de peau blanche, de teint mat. Un an avant la naissance de cet enfant, elle avait été enceinte et employa de nombreux moyens abortifs, mais elle n'expulsa aucun produit. Pendant cette grossesse, elle employa encore des moyens abortifs. Trois ou quatre jours après sa délivrance, elle expulsa une môle avec des douleurs semblables à celles de l'enfantement ; cette môle, aux dires de la sage-femme, avait l'aspect d'une masse de chair dure et le volume d'un plaocenta bien développé. Sans aucun doute, cette môle était un œuf arrêté dans son développement, la grossesse était gemellaire. L'enfant mourut 14 jours après sa naissance.

Le monstre est long de 13 pouces, du vertex à la plante des pieds.

La tête et le cou semblent être bien constitués.

Le thorax semble normal, à cela près qu'il est plus creux du côté gauche, il est plus étroit en haut qu'en bas vers le ventre.

Le ventre est très petit, la distance entre le pubis et l'appendice xyphoïde est de 2 pouces 1/2.

Le foie, la rate, le duodenum et le reste de l'intestin grêle sont en dehors du ventre enveloppés par les téguments. Les muscles manquent du côté droit sur une étendue relativement petite, délimitant une ouverture arrondie de 1 pouce 1/2 de diamètre par où passent les organes.

Le cordon ne contient que deux vaisseaux, une très grosse artère et une veine de calibre normal. L'orifice ombilical est normal, les vaisseaux sont entourés d'une gaine péritonéale commune,

Les organes génitaux externes sont bien constitués. Les petites lèvres sont très grosses et procidentes. On voyait de même le clitoris et son prépuce. L'orifice urétral est facile à reconnaître; on peut passer une fine sonde jusque dans la vessie. Le mœconium est sorti par l'anus.

Les deux bras sont normaux, mais il n'existe qu'une jambe; les ongles des doigts et des orteils sont très minces.

Au cou, les carotides et les jugulaires, les pneumogastriques, la trachée, le pharynx, etc... sont normaux en taille et en forme.

Le Thymus a deux lobes, un droit plus petit et un gauche situé un peu plus profondément. Le diamètre transverse des deux cavités thoraciques était plus petit que normalement, et le diaphragme moins incurvé.

Le Cœur, normal dans sa forme, et avec une pointe dirigée à gauche, était un peu abaissé.

Les Poumons sont de couleur brune; le droit, de forme ovoïde, haut de 1 pouce $1/2$, large de 9 lignes, ne présentait qu'une seule incisure, dirigée obliquement de bas en haut.

Le poumon gauche est conique, haut de 1 pouce et large de 1 pouce à sa base. Sur sa face externe, on ne voit que la trace d'une incisure; elle ne pénètre pas profondément dans le poumon.

L'aorte est à gauche de la colonne, la veine azygos est à droite.

Dans la cavité abdominale, le côté droit du diaphragme est plus petit que le côté gauche. L'orifice de la veine cave inférieure et celui de l'œsophage sont normaux.

L'estomac, le duodénum, le jéjunum, l'iléon sont normaux. Cependant, ce dernier (l'iléon) a un diamètre plus grand que le jéjunum. Le cœcum est très petit, on peut voir l'appendice. Le gros intestin est plus court que normalement. Il ne présente qu'une seule courbure; elle siège à droite et de là l'intestin gagne le bassin pour se terminer à l'anus.

Le foie présente sa vésicule et ses canaux biliaires; à cause de sa situation hors de l'abdomen, il est comprimé et arrondi.

Pancréas et rate normaux.

Le rein gauche existe seul, il est de taille et de forme normales ; son uretère débouche dans la vessie ; celle-ci est épaisse, mais bien constituée.

Les deux capsules surrénales sont présentes, la gauche bien constituée est au pôle supérieur du rein gauche ; la droite, allongée, est accolée à la veine cave inférieure.

L'artère pulmonaire et le canal artériel sont bien constitués.

L'aorte thoracique et ses branches collatérales sont bien constituées.

Au-dessous du diaphragme, l'aorte décrit un grand arc à convexité dirigée à droite et s'engage dans le cordon ombilical. Sur tout son trajet, cet arc conserve le même calibre. De la concavité de l'arc partent des branches qui vont au foie, à l'estomac, à la rate, à l'intestin grêle, à la capsule surrénale droite et au rein gauche. Une branche plus petite se rend à l'S iliaque et une encore plus petite au rectum.

De la convexité de l'arc, se détache une grosse branche qui gagne le bassin, fournit des vaisseaux à ses organes et continuant son trajet, va former la fémorale droite qui donne ses branches normales.

L'artère iliaque primitive gauche, ses deux branches de division, et l'artère ombilicale gauche manquent. Il n'y a pas non plus de veine iliaque de ce côté ; à peine une vésicule représente-t-elle la veine hypogastrique. Partout ailleurs les veines sont bien conformées.

Le canal rachidien est bien conformé comme la moelle et les nerfs qui s'en échappent.

L'origine des nerfs du membre gauche est normale, les nerfs se perdent dans le tissu cellulaire.

Les os du crâne sont bien constitués.

Du côté droit du thorax, il n'y a que dix côtes, et du côté gauche, neuf seulement. L'os iliaque et la partie gauche du sacrum manquent. Le bassin est normalement entouré par les téguments.

OBSERVATION III

HEUSINGER (*Zeitschrift für die organische Physik*,
Bd 11-208-213), année 1828

Je tiens ce monstre d'un de mes anciens élèves et il me l'a envoyé sans aucun renseignement. Il paraît être presque à terme; il est du sexe féminin.

La tête et les membres supérieurs sont bien conformés.

Le membre inférieur gauche existe seul; il est trop court; le genou ne peut être étendu complètement. Au pied il existe une fente entre le gros orteil et les trois seuls orteils externes qui existent.

Le membre inférieur droit manqué en entier; de ce côté, il existe un large pli semi-lunaire. Il commence en arrière dans la région lombaire au-dessous de la dixième côte ; il se porte en avant et se termine à un centimètre et demi au-dessous de l'ombilic. Sa longueur est de huit centimètres, sa largeur est de 1 centimètre. Il est constitué par une duplication de la peau. Au-dessus de lui, la peau qui recouvre le foie est transparente, mais a encore son aspect épidermique. Entre les côtes et la ligne médiane, la peau devient progressivement plus épaisse et possède un derme. Au-dessous du pli, la peau du ventre est plus mince, plus transparente, et présente l'aspect d'une séreuse, depuis la région du dos jusqu'à la région du pubis. Au niveau du pli lui-même, les deux feuillets, le superficiel et le profond ont l'aspect d'une séreuse. Le bord du pli est irrégulier et les deux feuillets s'écartent l'un de l'autre à ce niveau. Ils ont l'aspect de l'amnios, dont ils sont sans aucun doute la continuité.

Le cordon ombilical s'insère tout à fait normalement, il est nettement séparé du pli.

Le foie et les anses grêles apparaissent par transparence.

Dans la poitrine, le cœur a une forme très arrondie ; l'orifice des gros vaisseaux est normale.

Le thymus est gros.

Les poumons sont petits, et ne contiennent pas d'air. L'enfant n'ayant pas respiré. Le poumon gauche est normal. Le poumon droit est divisé en quatre lobes par une incisure en croix.

Dans l'abdomen, le péritoine est anormal en bien des points. Une large bande se détache du grand épiploon, et, passant entre l'estomac et la rate, va se fixer à la paroi abdominale antérieure. Quelques brides vont de la paroi à l'intestin.

Estomac et intestin normaux.

Le foie s'étend très en avant et a un aspect arrondi.

La rate est normale, avec deux rates accessoires appendues aux vaisseaux.

La veine ombilicale traverse le foie dans un canal (elle ne chemine pas dans un sillon comme normalement).

Il n'y a qu'une seule artère ombilicale dont le trajet est normal.

Les grandes lèvres sont volumineuses et flasques, écartées l'une de l'autre ; petites lèvres normales, clitoris de même.

L'entrée du vagin, fermé par l'hymen, est rejetée en avant. A l'inspection, les organes génitaux ne sont constituées que par un canal s'élargissant de plus en plus ; on ne peut reconnaître les divers segments. Le canal est long de 6 $\frac{1}{2}$ m. A la coupe, on reconnaît facilement le vagin, long de 3 $\frac{1}{2}$ m, parcouru de nombreux plis, la portion intravaginale de l'utérus, et la partie extra-vaginale de l'utérus. La cavité utérine est ovale. Une seule trompe s'ouvre dans la cavité utérine ; il n'existe qu'un seul ovaire (le texte ne dit pas de quel côté est cet ovaire).

Le rein du côté gauche est normal en situation, forme, taille et constitution ; il est surmonté de la capsule surrénale ; ses vaisseaux sont normaux. L'uretère gagne normalement la vessie qui est un peu petite.

A droite, à la place du rein et de la capsule surrénale, on voit un organe arrondi, de la grosseur du rein, qui présente avec les gros vaisseaux les rapports du rein normal ; mais il n'y a pas d'uretère, et le tissu n'a aucune ressemblance ni

avec celui du rein, ni avec celui de la capsule surrénale ; il est constitué d'une masse dans laquelle se trouvent un certain nombre de vésicules arrondies.

Les os du côté droit du bassin manquent complètement, de telle sorte que le pubis du côté gauche et le sacrum présentent des faces lisses encroûtées de cartilages.

OBSERVATION IV

PHILIPPEAUX (*Gazette Méd. de Paris*, 1873, page 146)

Ce fœtus est né à terme le 10 novembre 1872. Isidore-Geofroy Saint-Hilaire, dans son ouvrage sur la Tératologie, ne parle pas de ce genre de monstruosité, il ne décrit que les monstres exomphales. M. Houel en cite un cas dans les « Mémoires de la Société de Biologie » de 1851, page 125, et Aug. Fœster en cite deux cas dans son ouvrage sur « La Monstruosité » publié en 1861, page 109.

Dans aucun cas, la monstruosité n'était aussi accentuée que dans celui dont je vais indiquer les principales particularités :

Voici l'énumération, aussi concise que possible, de ces particularités, qu'il n'a pas été possible, d'ailleurs, d'étudier très complètement, vu l'état avancé de décomposition.

1° Il s'agit d'un fœtus du sexe féminin.

2° Le placenta est adhérent à tout le pourtour de l'abdomen et le ferme complètement.

3° Pas de vessie.

4° Pas de cordon ombilical ; ce cordon n'a pas pu se développer, les vaisseaux ombilicaux sont à l'état libre, entourés par le péritoine, et renfermés dans la cavité abdominale. Les deux artères ombilicales partent des iliaques pour se rendre au placenta, et la veine part du placenta pour se rendre à la veine cave inférieure.

5° La face interne du placenta est ici recouverte par le péritoine au lieu de l'être par l'amnios.

6° L'amnios naît comme à l'état normal du bord libre des parois abdominales (ombilic non fermé). Il est rempli de son liquide amniotique et enveloppe le fœtus complètement.

7° Cet amnios n'avait aucun rapport avec le placenta, si ce n'est au bord libre de la paroi abdominale, là où il naissait et où le placenta s'insérait.

8° Cet amnios est recouvert de chorion.

9° On ne trouve pas de liquide dans la cavité abdominale, quoique cette dernière soit fermée complètement par la face interne du placenta.

10° La fontanelle antérieure est plus grande que normalement.

11° Tous les organes abdominaux sont déformés et en partie atrophiés. Le foie est plus long et plus étroit ; il n'a qu'un lobe. L'estomac est plus petit et l'intestin plus étroit que normalement. La rate est ronde, petite et ressemble beaucoup à celle des oiseaux.

12° Il n'y a qu'un seul rein, le gauche ; il n'est pas plus gros qu'un rein normal.

13° Le thorax est fortement déprimé de droite à gauche ; le côté droit est plus petit. Les côtes de ce côté sont plus courtes que celles du côté opposé. La cavité thoracique renferme le cœur et les poumons qui sont petits et n'ont pas respiré.

14° Le diaphragme est complet, mais il est plus large à droite qu'à gauche.

15° Les deux dernières vertèbres lombaires sont privées de leurs lames du côté droit, ainsi que le sacrum, ce qui fait que le canal rachidien est ouvert à cet endroit.

16° La colonne est déviée en S, de droite à gauche.

17° L'os coxal droit est en partie atrophié ; il a quitté le côté droit du sacrum, s'est porté en arrière et est venu se mettre en rapport avec le coxal gauche.

18° Le membre inférieur droit est en partie atrophié ; il a une position inverse de la position normale : il se lève verticalement en arrière du tronc du fœtus, son pied est tourné vers la tête. Le membre est articulé avec l'os coxal.

19° Les muscles de ce membre sont grêles et presque complètement atrophiés. Le fémur est mince et long de 45 $\frac{m}{m}$, tandis que le gauche a 75 $\frac{m}{m}$. Le tibia droit est, aussi, long et grêle de 40 $\frac{m}{m}$ au lieu de 68 à gauche. Pas de péroné ; enfin le pied est fixé au tibia, il est représenté par un seul orteil complet.

20° Il n'y a qu'une seule ouverture en forme de cloaque, dans laquelle s'ouvrent l'uretère, l'anus et les organes génitaux.

Telles sont les principales anomalies que j'ai remarquées ; elles me paraissent toutes, ou presque toutes, avoir pour origine l'adhérence morbide du placenta au pourtour des parois abdominales du fœtus et l'absence du cordon ombilical qui en a été la conséquence. Le fœtus a été ainsi fixé contre la paroi utérine et ne pouvait plus exécuter le moindre mouvement. Il en est résulté une compression de plus en plus forte, à mesure que l'accroissement avait lieu, et cette compression, portant d'une façon plus spéciale sur les organes abdominaux, et aussi plus particulièrement sur le côté droit — je ne sais pourquoi — a déterminé les atrophies et les diverses anomalies que nous venons de signaler.

OBSERVATION V

JENISCH : Manque presque complet de la jambe gauche, avec atrophie de la moitié gauche du bassin, et manque des organes génitaux et de l'anus.

OBSERVATION VI

MONTGOMMERY : Il manque non seulement la jambe droite et une partie du bassin, mais encore la paroi abdominale depuis la ligne blanche jusqu'à la région lombaire. Le sacrum, à droite, est lisse et arrondi, il n'y a qu'une petite partie du pubis.

OBSERVATION VII

BRABANDT : Il manque la jambe droite, la moitié droite du bassin ; le pénis est très en arrière, tirant sur le côté gauche et canalisé seulement en partie ; il n'y a pas de glandes génitales ; pas de rein à droite ; le gros intestin se termine en canal étroit dans la vessie fissurée.

OBSERVATION VIII

MYSCHKIN : Il y a de la scoliose à un haut degré ; atrophie de tout le bassin et des deux jambes.

OBSERVATION IX

KUPPENHEIM : Il existe un spina-bifida et une méningocèle dans la région de la nuque. Eventration avec intestin très court (six anses), absence d'anūs, des organes génitaux droits, ainsi que de tout le côté droit du bassin et de la jambe. La jambe gauche est bien formée.

Autres cas que nous n'avons pu nous procurer :

Obs. X. — BRESCHET, *Med. Chir. Transact.* Vol. IX, p. 2, p. 433.

Obs. XI. — VROLICK, *Tab. ad. embryogenes.* Taf. CXIII, fig. 4,
et Taf. LXIV, fig. 4.

Obs. XII. — OTTO, Taf. XII.

Obs. XIII. — SHEEHY, *Brit. Méd. Journal*, 1875, 27 fébr.

Obs. XIV. — HALL, *Transact. of. obstet. Soc. London*, 1868.
Vol. IX, p. 112.

Obs. XV. — BRUGLEY, *Centralbl. für Gyn.*, 1885, p. 303.

Obs. XVI. — GALLANT, *American Journal of obstet.*, 1902.
Vol. XLVI, p. 75.

Obs. XVII. — HIRST, A specimen of defective développement
of the abdominal wall and éventration cylosoma. *Médi-
cal News Philadelphie*, 1895. Tome LVI, p. 213.

A côté de ces observations de cœlosomiens cylosomes, on peut ranger le cas suivant, cité par Jules GUÉRIN, d'un monstre qui présentait de l'atrophie d'un membre inférieur, coïncidant avec une éventration et une fente de la région thoracique. Ce cas montrera que les malformations ne se présentent pas toujours suivant le même aspect, et qu'entre les différents types observés il y a des formes de transition. Ce monstre est un cœlosomien cylosome avec pleuro-somie.

OBSERVATION XVIII

Obs. n° 45, de Jules GUÉRIN (Difformités congénitales chez les monstres, fœtus et enfants), texte page 443 et Atlas, planche 24, figure 3, publiée par le Docteur YEATMAN, *Journal de Médecine et Physique de Londres*, vol. LII, page 1.824.

A. W..., avorte à peu près au quatrième mois de sa grossesse d'un fœtus mâle, lequel offrait les apparences suivantes : Le cœur, le poumon gauche, le foie, l'estomac, la rate, les reins et les intestins, jusqu'à la courbure sigmoïde du côlon sont tenus les uns aux autres par un repli de péritoine. Il n'y a ni muscles abdominaux, ni téguments, excepté une très petite portion du côté gauche. Les viscères indiqués sont bornés par le thorax, les lombes et le pubis autour desquels les téguments sont repliés et où ils entourent les viscères, en formant un cercle autour d'eux.

Le cœur est situé dans une enveloppe du péritoine, dans l'hypochondre droit, immédiatement au-dessus de la surface convexe du foie, son sommet s'appuyant sur l'estomac, auprès du pylore et son bord obtus étant en contact avec le poumon gauche.

Le poumon gauche, qui est singulièrement petit, est formé de deux lobes situés dans la région épigastrique, par-dessus la petite courbure de l'estomac, son lobe le plus mince touchant le cœur.

L'estomac occupe sa situation ordinaire. La rate est unie à l'estomac par sa grande extrémité. Il n'y a aucune apparence d'épiploon.

Le foie, formé de deux lobes, est extraordinairement volumineux, couvrant l'estomac, la rate, les reins et une grande partie des intestins. La surface convexe du grand lobe est liée aux téguments près de l'hypochondre droit par un large et fort redoublement de cuticule.

Le rein gauche est situé au-dessous de la rate et de la grande courbure de l'estomac, recouvert d'une enveloppe ressemblant à l'épiderme des téguments.

Le rein droit est situé entre l'extrémité foétale du cordon et le repli du cuticule qui lie le grand lobe du foie.

En ouvrant le thorax, on n'aperçoit point de diaphragme. Le poumon droit qui est formé d'un seul lobe occupe sa situation ordinaire pendant que rien n'est contenu dans la cavité gauche du thorax. Cette cavité est beaucoup rétrécie par une courbure latérale de la colonne.

L'aorte, la trachée et l'œsophage sont situés du côté droit de la colonne courbée.

La distribution des vaisseaux est naturelle, à l'exception de la veine cave supérieure, laquelle passe à l'oreillette droite par-dessus le poumon droit, à travers toute la longueur de cet organe.

L'extrémité inférieure gauche s'étend jusqu'au milieu de la cuisse droite. La cuisse gauche est située sur l'aine, et est attachée au pubis par de la peau. Les têtes du tibia et du péroné sont unies au condyle interne du fémur en formant avec lui un angle droit, ainsi que l'astragale par rapport à la malléole interne.

2. — Malformations vertébrales lombaires.

OBSERVATION XIX

DUBREUIL (*Gazette Médic. de Paris*, 1849, page 944)

On distingue, sur le squelette à nu les particularités suivantes : La colonne n'est plus composée que de 21 pièces, 7 cervicales, 12 dorsales, sacrum et coccyx. Il n'y a rien de particulier pour la colonne cervicale, mais la dorsale décrit une courbe très légère à concavité droite et con-

vexité gauche. Le point culminant de l'incurvation répond à la jonction de la deuxième dorsale avec la troisième dorsale. A cette courbure, en succède une autre, à direction inverse, occupant la partie inférieure de la colonne dorsale, vers la sixième dorsale et dépendant d'une véritable torsion des vertèbres correspondantes : on voit leur corps incliné à droite, la moitié de l'arc de ce côté est élevé tandis que l'opposée est surbaissée ; aussi les trous de conjugaison sont-ils tournés en avant.

Quant aux vertèbres lombaires, elles manquent en totalité.

Le membre abdominal gauche est plus élevé que le droit, il est tellement contourné que sa face interne est antérieure et sa face externe postérieure.

Le membre inférieur droit est encore plus complètement dévié, puisque sa face postérieure regarde en avant, alors que l'extrémité du pied est en arrière. Les deux pieds sont affectés de varus.

Bien que Dubreuil ne parle pas de l'état de l'abdomen et ne décrive que le squelette de ce fœtus monstrueux, il semble bien qu'il ait présenté une atrophie du membre inférieur gauche qui fait rentrer ce cas dans le cadre de notre étude.

OBSERVATION XX

WILLET et WALSHAM (Cité par CHEVRIER, *Thèse Paris*, 1912, page 25 et suite)

Ce cas ne rentre qu'imparfaitement dans notre sujet, car le fœtus dont il s'agit présentait seulement trois lombaires au lieu des cinq normales, mais la colonne ne comprenait que douze vertèbres présacrées.

OBSERVATION XXI

SANGER (Arch. für gym. Bd. XIV Heft 2)

Il s'agit d'un fœtus long de 42 centimètres, mort né. Sur sa colonne vertébrale qui présentait un spina bifida dans toute sa hauteur, le *corps des vertèbres lombaires n'existait qu'à l'état de vestiges*, de sorte que le sacrum, très court lui-même, et sans ailerons, semblant appartenir à la dernière dorsale. Il y avait 11 côtes à gauche et 6 seulement à droite.

OBSERVATION XXII

Les observations précédentes se rapportent à des fœtus humains ; cette dernière observation de Lesbre et Forjeot montre que ces malformations se voient également chez les animaux.

Lesbre et Forjeot (*Journal de Méd. Vétérinaire et de Zootechnie*, 1908, p. 341-354).

« Vessie imperforée de partout. Pas de rectum. Rétention d'urine et de mœconium...

« Une des anomalies les plus remarquables de ce sujet consiste dans l'avortement complet de la colonne, à partir du thorax ; cette *colonne manque absolument de vertèbres lombaires, sacrées et coccygiennes* ; elle ne comprend que des vertèbres cervicales et des vertèbres dorsales ; encore celles-ci ne sont-elles que 16 au lieu de 18, et les 6 dernières sont-elles plus ou moins soudées ou atrophiées.

« Les deux dernières côtes sont très rapprochées et même réunies à leur extrémités vertébrale, du côté droit. Abstraction faite de la peau, le bassin n'est uni au thorax que par les muscles abdominaux et par une membrane fibreuse occupant la place des vertèbres lombaires et du sacrum.

« La moelle se termine dans la dernière vertèbre par une sorte de moignon arrondi contenu dans le cul-de-sac des

méninges. Les trois dernières paires nerveuses s'échappent de ce moignon en simulant une maigre queue de cheval. Autant qu'on peut en juger à l'œil nu, par un examen de surface et de section, la moelle nous a paru normale de structure, ainsi que les nerfs et les ganglions.

« Le train postérieur ne reçoit que quelques rameaux nerveux plus ou moins ténus procédant d'un ganglion relativement volumineux situé en arrière du tronc de la dernière vertèbre, ganglion recevant la dernière paire nerveuse et les deux grands sympathiques.

« Ce petit amas nerveux n'est sans doute qu'un débris isolé du névraxe lombaire ; il ne faut pas le confondre avec le ganglion coeliaque qui est à proximité et où aboutissent les splanchniques.

« En résumé, la moelle ainsi que les chaînes sympathiques s'arrêtent au même endroit que la colonne et l'innervation du train postérieur est singulièrement restreinte. »

CHAPITRE IV

Considérations obstétricales.

I. — La naissance de ce fœtus monstrueux fut, comme c'est le cas le plus souvent, pour ne pas dire toujours, une surprise. Rien ne permettait de prévoir une grossesse anormale, ni exagération des troubles nerveux, ni volume du ventre, ni antécédents. De plus, un toucher ne montre rien de particulier. Le diagnostic exact de présentation seul ne put être fait. Avant le travail, on percevait seulement un col fermé, encore long, non perméable, et une partie fœtale élevée, peu caractéristique. Au moment où la femme fut examinée au début du travail, on percevait alors dans le col et le vagin une masse mollassse qui donnait une sensation analogue à celle que donne une procidence du cordon. Mais, pour faire le diagnostic, il fallut un toucher profond qui permit de sentir des anses ne battant pas comme un cordon, et reliées par le mésentère. De plus, derrière ces anses, on ne peut sentir une présentation régulière. L'auscultation était posi-

tive, avec maximum à droite. Il faut signaler enfin l'hydrorrhée, qui est parfois observée peu de temps avant l'accouchement (Deshusses).

La femme était une *primipare*. On lit dans I. Geofroy Saint-Hilaire (Tome III, p. 359) : « En faisant abstraction de la famille à tant d'égards exceptionnelle des pseudencéphaliens, il reste à peine à citer quelques exemples nés d'une femme primipare. » Et en parcourant quelques documents pour la rédaction de ce travail, nous avons trouvé trois autres cas de primiparité en plus du nôtre :

1° Dujol et Poty (in *Thèse* de Gonthier, Lyon, 1921).

2° La Torre : *Bull. della Reale Accademia Medica*, Roma, 1892, p. 227 (in *Thèse* Blancard).

3° Mme Simon-Cheffe (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1856, n° 262).

Mais les recherches sur ce point n'ont pas été très poussées et ces cas ne peuvent donner une idée de la fréquence de la monstruosité chez les primipares.

II. — *Accouchement*. Le début des douleurs fut normal, mais avant terme, comme dans la plupart des cas de ce genre. On ne peut préciser le moment où la poche des eaux fut vraiment rompue, la malade ayant perdu par petites quantités pendant 48 heures.

Ce qui fut anormal, ce fut la présentation intestin premier. Mais, dans la coelosomie, cette présentation est fréquente : « Ordinairement, ainsi que le fait remarquer Klein (*Deutsch Archiv. für Physik*, t. III,

1857), les monstres se présentent par l'abdomen, la masse des viscères déplacés étant en avant. » (Deshusses.) Il faut citer à ce propos l'observation de Montault (*Index Medicus*, art. éventration, t. IX, p. 411 : « Exposition raisonnée d'un accouchement et de monstruosités humaines : présentation d'un bras et des intestins par un fœtus affecté d'éventration »).

Il n'y eut pas de dystocie sérieuse.

L'engagement fut facile, car le siège avait un diamètre très réduit par l'absence d'un membre.

Le foie fit subir un léger mouvement d'arrêt à l'expulsion, à cause de son volume et de sa situation hors de l'abdomen.

La seule difficulté vint de l'insuffisance de dilatation du col au moment de l'extraction de la tête ; mais une traction maintenue en eut raison assez facilement.

Enfin, les contractions furent un peu insuffisantes ; on fut obligé de faire une injection de 1 cm³ de pituitrine Choay, qui produisit rapidement son effet.

L'expulsion, depuis le début des douleurs, demanda huit heures.

Ce cas montre bien que « la majorité des monstres unitaires rentrent dans la catégorie de ceux qui facilitent l'accouchement ; il en est cependant un certain nombre qui font exception : exencéphaliens et coelosomiens. Dans ces cas, la difficulté vient presque toujours des organes herniés ». Verneau, in Jacoud, t. XXIII, p. 29.)

III. *Délivrance.*

Il n'y eut rien de particulier ; les membranes étaient largement rompues ; on trouve des débris de membranes sur le pourtour de l'éventration.

Le cordon était normal en longueur, contrairement à ce qui se voit d'habitude dans ces cas.

Enfin, il faut signaler qu'on ne trouva aucune bride ni adhérence entre le fœtus et ses annexes, ou entre le fœtus et la paroi utérine.

IV. — *Viabilité.*

Pendant la grossesse, les bruits du cœur étaient bien frappés et le restèrent au début du travail, jusque vers le milieu du travail, mais le moment où ils cessèrent ne peut être fixé. Du reste, même si l'enfant, porteur d'une éventration importante, naît vivant, il ne tarde pas à succomber, et « l'on peut citer ceux qui vivent quelques heures ou quelques jours : cas de Méry, 4 heures ; cas de Gockel, 2 jours ; cas de Merckheim, 11 jours (Deshusses) ; cas de Herholdt, 14 jours.

CONCLUSIONS

I. — Le monstre dont nous avons observé la naissance se range dans la famille des Coelosomiens et dans le genre des Cyllosomes; il a tous les caractères extérieurs décrits par I. Geoffroy Saint-Hilaire : éventration latérale avec absence de membre inférieur de ce côté.

II. — La dissection de ce fœtus montre des malformations siégeant exclusivement dans la partie inférieure du corps, depuis le diaphragme inclus :

1° *Anomalies osseuses :*

Malformations des dernières dorsales.

Absence de colonne lombaire.

Spina-bifida étendu.

Sacrum mal formé.

Absence de ceinture abdominale du côté droit.

Pied gauche en talus valgus.

2° *Anomalies viscérales :*

a) Génito-urinaires :

Pas de rein ni d'uretère droits.

Vessie imperforée.

Pas de testicules.

Pas de scrotum à droite.

Verge mal formée et imperforée.

b) Du tube digestif :

Duodénum rectiligne.

Pas de grand épiploon.

Côlon en situation inverse de la normale.

Rectum imperforé.

c) Du système vasculaire :

Terminaison anormale de l'aorte.

Origine anormale de la veine cave inférieure.

3° *Système musculaire :*

Absence de la paroi abdominale droite.

Malformation de la paroi abdominale gauche.

Insertion anormale des trapèzes et grand dorsal droit.

4° *Système nerveux :*

Absence de racines lombaires et sacrées droites.

III. — L'accouchement chez cette primipare s'est fait spontanément, avant terme, ce qui est la règle, précédé d'hydrorrhée.

Il n'y eut un peu de difficultés que pour le dégagement du foie et de la tête dernière.

La délivrance fut normale.

Les suites de couches furent normales.

L'enfant mourut avant la naissance.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LATARJET

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 30 Octobre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT. — *La Pratique de l'Art des accouchements* (Rabaud). Tome II, p. 1048.
- BELLARD. — Contribution à l'étude des monstres célosomiens. *Thèse*. Lille, 1882.
- BLANCARD. — Sur le rôle de l'amnios dans les malformations congénitales. *Thèse*. Paris, 1901-02, N° 390.
- BRACHET. — *L'œuf et les facteurs de l'ontogenèse*. Paris, Doin, 1917.
- CHAUVIN. — *Précis de tératologie*. Paris, Masson, 1920.
- CHEVRIER. — Anomalies vertébrales congénitales. *Thèse*. Paris, 1912-13.
- CUELOT. —
- CRUVEILHIER. — *Anat. pathologique*. Baillière. Paris, 1852.
- DARESTE. — *Production des monstruosités*. Reinwald, Paris, 1891.
- DAVAINE. — In Déchambre : *Dict. encyclop. des Sciences Méd.* 2^e série. Tome IX, p. 211-213.
- DEBIERRE et LAMBRET. — Du rôle des arrêts de développement de l'amnios et des brides amniotiques dans la production des monstruosités. *Journal de l'Anat.* 1894.
- DEBIERRE et LAMBRET. — A propos d'un monstre célosomien pleurosome, *Journal de l'Anat.* 1896.

DENUCÉ. — *Le spina-bifida*. Paris, 1906.

DELPLANQUE. — Des difformités produites sur le fœtus par la contraction musculaire, *Thèse*. Lille, 1885-86.

DESHUSSES. — Etude sur les monstres cœlosomiens, *Thèse*, Lille, 1907.

DRESCH. —

DUBREUIL. — Absence complète des vertèbres lombaires, *Gaz. Médic. de Paris*, 1849, p. 944.

DUJOL et CATTIN. — Monstre unitaire cœlosomien, *Loire Méd.* 1923, N° 6, p. 335.

DUJOL et POTY. — Dystocie due à un monstre double dérodyme, *Loire Méd. et Soc. des Sciences Médicales de Saint-Etienne*, 21 juillet 1920.

FABRE. — *Précis d'obstétrique*. Baillière et fils, Paris, 1910.

FÆSTER. — *Monstruosités*, 1861, p. 109.

GEOFFROY-SAINT-HILAIRE (Isidore). — *Traité de tératologie*.

GÉRARD. — Description d'un monstre cœlosomien, *Journal de l'Anat. et Physiologie*, 1889. Tome 35, p. 311 à 362.

GONTHIER (Barthélemy). — Considérations sur un cas de dystocie par un monstre double dérodyme, *Thèse*. Lyon, 1921.

GUÉRIN (Jules). — *Recherches sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant*. Paris, 1880, p. 443 et Atlas planché 24, fig. 3.

HASENEST. — *Beschreibung sechs menschlicher Misgeburten*. Copenhague, 1830. Verlag der H. J. Bingschen Schulbuchhandlung.

HERBST. —

HEUSINGER. — *Beobachtung einr misgeburrt mit verwachsung der haut und des amnios, Mangel des rechten unteren Extremität*, *Zeitschrift für die organische physick*. 1828 Bd 11, p. 208-213.

- HIRST. — A specimen of defective developpement of the abdominal wall and eventration Cylosoma. *Médical News Philadelphie*, 1895, tome LVI, p. 213.
- HOVELACQUE. — Anatomie et morphogénie d'une anomalie héréditaire des membres inf. *Thèse de Doctorat ès-sciences*. Paris, 1920.
- HOUEL. — *Mémoires de la Société de Biologie*, 1851, p. 125.
- KIRMISSON. — *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Paris, Masson, 1898.
- LÉOPOLD. —
- LESBRE. — Bulletin et Mémoires. *Société des Sciences Vétérinaires de Lyon*, 11 déc, 1910.
- LESBRE et FORGEOT. — *Journal de Médecine Vétérinaire et Zootechnie*, 1908, p. 341-354.
- LESBRE et PÉCHEROT. — Bulletin et Mémoires. *Société de Sciences Vétérinaires de Lyon*, 8 déc. 1912.
- LOEBE. —
- MONTAULT. — *Index Medicus*, tome IX, p. 411.
- PHILIPPEAUX. — *Gaz. Médic. de Paris*, 1873, p. 146.
- RABAUD. — *Tératogenèse*. Paris, 1914.
- L'Amnios et les Productions congénitales. *Arch. Gén. de Méd.* 1905, p. 2071-2091.
- In Bar-Brindeau et Chambrelent.
- SANGER. — *Arc. für Gynécol.* Bd XIV heft 2.
- SIMON-CHEFFE (Mme). — *Gaz. des Hôpitaux de Paris*, 1856, p. 262.
- SCHWALBE (Ernst). — *Morphologie der Misbildungen des Menschen und der Tiere*. Iena : article Eventration (par le Doct. Kermauner) ; on y cite, Tome II, p. 55 et suite :
- BRABANDT. — *Fall von monopodie und hiatus abdominis*. Inaugur. dissert. Leipzig, 1896.

- BRESCHET. — *Med. chir. Transact.* Vol. IX, p. 2, p. 435.
- BRUGLEY. — *Centrabibl. für Gyn.* 1885, p. 303.
- GALLANT. — *American Journal of obstet.* 1902. Vol. XLVI, p. 75.
- HALL. — *Transact. of obstet. Soc. London*, 1868, vol. IX, p. 112.
- JENISCH. — *Wurtemberg. kör. Blatt* Bd VII.
- KUPPENHEIN. — *Oberrheinische Gyn. Gessellschaft.* 1906.
- MONTGOMMERY. — *Dublin Journal*, May 1856.
- MYSCHKIN. — *Wirchow's Arch. für Pathol. Anat.* 1887, Bd LVIII, p. 146.
- OTTO. — *Taf.* XII.
- SCHEEHY. — *Britann. Méd. Journal*, 1875, 27 févr.
- VROLICK. — *Tab. ad embryogenès.* Taf. LXIII, fig. 4. Taf. LXIV, fig. 4.
- TORRE (LA). — *Bull. della Reale Academia Medic. Roma*, 1892, p. 277 (in Th. Blancard).
- VERNEAU. — *Nouveau Dict. de Médec. et de Chir. Pratique* (Jaccoud). Tome XXIII, p. 29.
- VIALLETON. — *Art. Embryologie in Anat. Descriptive de Testut.* Tome IV.
- WEILL. — *Précis de Médec. Infantile*, 1911. Tome I, p. 29-31.
- WILLET et WALSHAM. — *In Th. Chevrier*, p. 25.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre premier. — Observation I.....	9
Examen du monstre	11
Chapitre II. — Mensurations	15
Dissection	19
Chapitre III. — Observations.....	35
1. Malformations de Cœlosomiens Cyllosomes	36
2. Malformations lombaires.....	47
Chapitre IV. — Considérations obstétricales.....	51
Conclusions.....	55
Bibliographie.....	59
